Lane Medical Libra

Zur Drainage von Beckenabscessen
mittelst Trepanation des Darmbeins.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 30. Dezember 1885

Vormittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Oscar Tolks

prakt. Arzt aus Pommern.

Opponenten:

A. Cierpinski, prakt. Arzt.
F. Weber, prakt. Arzt.
L. Schäfer, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1885.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0194

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Bei der heutigen Vollkommenheit der antiseptischen Wundbehandlung, wo alle angewendeten Mittel dem Zwecke dienen, die verschiedenartigen pathogenen Organismen zu tödten und für die Wunde unschädlich zu machen, brauchen wir uns nicht zu scheuen, selbst grössere Operationen nur in der Absicht zu unternehmen, um diese uns zu Gebote stehenden Mittel in der ausgiebigsten Weise zu verwerthen.

So haben wir jetzt keinen Grund davor zurückzuschrecken, bei Eiteransammlungen in grösseren Hohlräumen mit Fistelbildung eine Gegenöffnung zu machen. König[1]) giebt z. B. den Rath bei ponetrirenden Verletzungen der Brusthöhle, wenn diffuse Pleuritis mit jauchigem und eitrigem Erguss eingetreten ist, und falls die Einmündungsstelle zu weit hiervon entfernt liegt, mit der Sonde den Kanal zu verfolgen und über dieser Stelle in der Haut eine neue Oeffnung anzulegen. Auf diese Weise gelingt es am besten, den Eiter abzulassen und die Ausspülung mit desinficirenden Lösungen vorzunehmen. Ganz in ähnlicher Absicht hat Estlander[2]) nach Homén seit den

[1]) König, specielle Chirurgie. Band II. S. 39.

[2]) Langenbecks Archiv, Band XXVI, S. 151. König, specielle Chirurgie. Band II, S. 62.

letzten Jahren ausgedehntere Versuche gemacht, grössere Brustabscesse durch vielfache Rippenresektion zur Heilung zu bringen. Schneider und Schede haben dies praktisch verwerthet.

Maass und Schede haben bei akuter Osteomyelitis der langen Röhrenknochen mit dem Meissel oder auch mir der Treponkrone an mehreren Stellen Stücke entfernt, um dann die ganze Knochenmarkhöhle ihres infektiösen Inhaltes mit dem scharfen Löffel zu entleeren und die Durchspülung derselben mit desinficirenden Flüssigkeiten vorzunehmen, beides in der Absicht, sowohl den gefährlichen Allgemeinsymptomen dieser äusserst schweren Knochenaffektion wie auch der lokalen Nekrose entgegentretend zu wirken.

Während[1]) bei den langen Röhrenknochen die Entzündung der compakten Knochensubstanz selbst in den heftigsten Fällen nicht so rapid verlaufen kann, sondern wegen der Struktur des compakten Knochens selbst längere Zeit brauchen muss, ist in den spongiösen Knochen eine akute Entzündung des ganzen Organes sehr wohl möglich. Besonders häufig findet sich eine solche akute Osteomyelitis spongiöser Knochen nach Traumen. Doch kommt es auch oft genug vor, dass eine Knochentuberkulose ohne äusseren Anlass sich einstellt. Dass man unter solchen Umständen sehr leicht gezwungen sein kann, mit Hammer und Meissel das Kranke zu entfernen, liegt wohl auf der Hand. König[2]) hat vor einigen Jahren

[1]) Billroth, Allgemeine Chirurgie S. 405.
[2]) König, Specielle Chirurgie. Band II, S. 45

eine derartige thalergrosse tuberkulöse Nekrose vom Manubruim sterni, bei welcher eine breite Penetration stattgefunden hatte, sodass nach Entfernung des Knochens der ganze Grund der Wunde stark pulsirte, entfernt. Trepanationen des Brustbeins in diesem Sinne sind auch von anderer Seite in einer Anzahl von Fällen mit günstigem Erfolge vorgenommen worden.

Die Entzündungen nun, welche solche Abscesse im Bereiche des Beckens hervorbringen können, haben natürlich die verschiedenartigsten Ausgangspunkte. Eine akute Periostitis und Osteomyelitis im Gebiete des Beckens beobachten wir am ehesten am Darmbein. Der sich hier bildende Eiter perforirt nun selten direkt, meist macht er eine Versenkung und erreicht am Oberschenkel die Haut.

Die chronischen Erkrankungen sind am Becken häufiger und verhältnissmässig am meisten ist die Synchondrosis sacroiliaca wie die angrenzenden Theile beider Knochen erkrankt. Kommt es hierbei zur Abscessbildung, so bricht der Eiter bald auf der Rückenseite in der Nähe des Gelenkes bald in der Lumbal- und Glutäalgegend durch. Hat sich der Abscess innerhalb des Beckens gebildet, so kann er ins rectum perforiren, oder aber er entleert sich, indem er die fossa ischiorectalis durchwanderte, neben dem anus. Zuweilen auch gelangte er in die ciscisura ischiadica und kommt unter den Glutäen als Abscess der Hinterbake zum Vorschein. König[1]) hat in einem Falle von doppelseitiger Sacrocoxalgie neben dem lumbaren Durchbruch einen solchen auf beiden Seiten von der Darm-

[1]) König, Specielle Chirurgie Band III, 247 u. ff.

beingrube aus unter dem ligamentum Poupartii auf der Aussenseite des Sartorius zu Stande kommen sehen. Besonders häufig wird von circumskripter, wohl immer tuberkulöser Ostitis chronischer Art der dicke Theil des Darmbeins hinter der Pfanne befallen. Es entstehen durch diese Form subglutäale und subiliakale Abscesse, leicht kann auch Perforation nach der Pfanne und Betheiligung des Hüftgelenks hinzukommen.

Die Eiterungen[1]), welche innerhalb des Beckens entstehen, haben bestimmte, ihnen durch die anatomische Lage der einzelnen Organe und durch die Bindegewebsspalten zwischen denselben angewiesene Ausbreitungsgebiete. Aber abgesehen von den im Verhältniss nicht so sehr häufigen, primär daselbst entstehenden Abscessen, dient das Becken auch als Durchgangsstation für eine Anzahl von Eiterungen, welche theils von der Rumpfseite oder auch zum kleineren Theil von dem Oberschenkel aus dahin gelangen. Diese sogenannten Senkungsabscesse werden also in ihrer Richtung nur zum kleinen Theil von der Schwere bestimmt, von einem höheren nach einem tiefer gelegenen Gebiet zu wandern, denn sie können ja auch gelegentlich einmal, dem Gesetz der Schwere entgegen, von unten nach oben aufsteigen. Sie wandern, weil der hydrostatische Druck innerhalb ihrer Wandungen mit der Vermehrung des Eiters sich steigert, entsprechend den Bindegewebsspalträumen, welche sich ihrem ursprünglichen Gebiet anschliessen, und die entzündliche Infection

[1]) König, Specielle Chirurgie. Band IV. S. 248 ff.

der Nachbargewebe durch den Eiter, welcher ebenfalls am bequemsten den gedachten Spalträumen folgt, unterstützt noch die Wirkung des hydrostatischen Druckes. Aber innerhalb des Beckens machen sie wegen der Ausdehnungsfähigkeit der Spalträume gar oft für längere Zeit Halt und imponiren dann nicht selten als dort entstandene Abscesse".

Man kann unbekümmert darum, ob die fraglichen Eiterungen primär dort entstanden oder auf den Bindegewebsbahnen dorthin gekommen sind, drei grosse Gruppen aufstellen, welche jede für sich einen streng typischen Symptomencomplex zeigen. Alle 3 Gruppen entwickeln sich wesentlich seitlich im grossen Becken, und können wir, wenn wir bei der Eintheilung das berücksichtigen, ob sie sich in ihrer Ausbreitung anschliessen an den mediangelegenen Psoas oder an den lateral die Grube ausfüllenden Iliacus, nach König unterscheiden:

1. Subseröse Abscesse.
2. Psoasabscesse.
3. Iliacusabscesse.

Die subserösen Abscesse lokalisiren sich meist in der Darmbeingrube; häufig stehen sie mit dem Puerperuim in Beziehung, selten mit entzündlichen Prozessen im Darmtractus. Der Durchbruch eines solchen Abscesses kann an den verschiedensten Stellen stattfinden, am kleinen Trochanter, oder unter den Adduktoren die innere und hintere Seite des Schenkels erreichen, oder sie können ins Hüftgelenk perforiren, oder auch ins Rectum.

„Die sogenannten Psoasabscesse[2]) sind den oben besprochenen subserösen Abscessen gegenüber entschieden häufiger chronische Senkungsabscesse". Vor allem betreten Entzündungsprocesse höher gelegener Theile, wie der Pleurahöhle, der Wirbel, die Bahn des Psoas. Die Entzündung kriecht von der Infection des Muskels aus gleichsam zwischen das intermuskuläre Bindegewebe und regt hier wie an den Muskelfibrillen selbst, zunächst vielfache circumscripte Eiterherde an, die schliesslich mehr und mehr in einander fliessen, so dass der Muskel in einen dütenförmigen Eitersack mit der Spitze an seiner Insertionssehne am trochanter minor verwandelt wird.

Für die dritte Gruppe der in Rede stehenden Abscesse, die als Iliacusabscesse bezeichnet wurden, giebt das Darmbein selbst nicht die Quelle des Eiters ab. Entweder besteht eine akute Periosto-Osteomyelitis des Darmbeins, oder aber es entwickelt sich die Eiterung aus granulirend-tuberkulösen Herderkrankungen nahe dem Hüftgelenk oder nahe der Synchondrose. Am häufigsten handelt es sich um Senkungsabscesse, sei es dass die „Senkung" von oben her, vom Rumpfe, sei es, dass sie von unten her, von der Extremität stattfindet.

Bei allen diesen entzündlichen Prozessen kommen häufig Abscesse vor, welche in der fossa ilioca interna zwischen Knochen, resp. Periost, musculus iliacus gelegen, sich allerdings gewöhnlich spontan Entleerungswege, entsprechen den oben geschilderten anatomischen Verhält-

[2]) König, Specielle Chirurgie. Band III. S. 251.

nissen, suchen. Aber man erlebt zuweilen, dass solche so gelagerten Eiteransammlungen in gedachter Art keine günstige Abflussöffnung finden, indem die Mulde der innern Darmbeinschaufel gewissermassen ein Reservoir für den Eiter bildet, dessen Boden tiefer liegt, als seine Abflussöffnung. Dieser Umstand wird häufig noch dadurch verschlimmert, dass die Patienten eine dauernde Rückenlage im Bett einzunehmen gezwungen sind.

Kommen nun solche Fälle zur Behandlung, dann wird die Frage an uns gerichtet werden, auf welche Weise entfernen wir die Eitermengen, wenn man aus der einen Ausflussöffnung nicht im Stande ist, selbst mit grösster Sorgfalt alles herauszupressen. Das Hauptprinzip bei der Anlegung der Gegenöffnung muss denn hauptsächlich darauf gerichtet sein, eine in Rücksicht auf die Körperhaltung möglichst tiefe Stellung des Abscesses zu wählen.

Wenn nun in den Weichtheilen oberhalb des Darmbeinkanals weder Fluktuation noch die vorgeschobene Sonde zu fühlen ist, was ist da besser indicirt, als ein Stück aus dem Darmbein herauszumeisseln, um dem stagnirenden Eiter von hier Abfluss zu verschaffen!

Wunderbarer Weise ist bis jetzt in der Literatur nur ein Fall bekannt, wo die Trepanation des Darmbeins als Gegenöffnung zu einem Beckenabscess gemacht worden ist. Die Operation wurde ausgeführt von Herrn Dr. Fischer,[1]) Oberarzt der chirurgischen Abtheilung am

[1]) Hüter und Lücke, Zeitschrift für deutsche Chirurgie, Bd. 13.

Stadtkrankenhause in Hannover. In Kürze erlaube ich mir deshalb, von dem Falle Erwähnung zu thun.

Der elend aussehende Patient wurde am 5. Mai 1880 in das städtische Krankenhaus mit folgender Diagnose aufgenommen: Psoasabscess mit Durchbruch der Eiterung durch die bursa iliaca ins linke Hüftgelenk. Ob die Eiterung von Caries der Wirbelsäule oder eines Beckenknochens ausging, liess sich nicht sicher bestimmen. Am 14. Mai wurde unter Antisepsis 2 cm. unterhalb vom ligamentum Poupartii und 2 cm. nach aussen von der Arteria cruralis ein grosser Einschnitt gemacht. Es entleerte sich nach Durchtrennung der Fascie etwa $1^1/_2$ Liter Eiter. Die Höhle wurde mit Salicylwasser ausgespült, ein fingerdicker Drain wurde eingelegt und das Ganze mit einem Listerverband umgeben.

Der Kranke blieb in den nächsten vier Wochen fieberfrei, bei jedem Verbandswechsel quoll eine grosse Menge Eiter hervor. Trotzdem bei jedem Listerverbande Kreuzbein und beide Spinaeant. sup. gut gepolstert wurden, begann doch an jenen Stellen Decubitus sich zu zeigen. Es wurde darauf zum Zweck einer Gegenöffnung die Sondenuntersuchung angestellt, doch liess sie sich nirgends gegen einen rauhen Knochen oder gegen die Haut vordrängen.

Da die Eiterung und der Druckbrand zunahmen, wurde am 9. Juli die Trepanation des Darmbeins gemacht, um dem Eiter auf der hinteren Seite freien Abfluss zu verschaffen. Der Kranke war sehr abgemagert, und war daher das Darmbein gut durchzufühlen. Es wurden im

oberen und hinteren Theile die Weichtheile bis auf den Knochen mit einem Schnitt gespalten, dann nach Freilegung des Knochens ein etwa ½ cm. weites Loch in das Darmbein gemeisselt. Da sofort Eiter hervorquoll und auch Karbolwasser, welches in die vorhandene Incisionsöffnung eingespritzt wurde, hinten abfloss, war man zu der Annahme, dass es sich um eine Vereiterung des musculus iliacus handle und als Quelle des Abscesses eine Caries der Darmbeinschaufel zu vermuthen sei, berechtigt.

Beim nächsten Verbandswechsel floss aus der ersten Incisionsöffnung nichts mehr ab, dagegen kam die ganze Eitermasse aus der Trepanationsöffnung. Der Dekubitus nahm leider zu.

Nach etwa 3 Wochen wurde, da einige Male der Eiterabfluss hinten aus dem Drain gering war und wieder Eiter aus der vorderen Oeffnung drang, versucht, von der Trepanationsöffnung sowohl mit der Sonde als auch mit einem elastischen Katheter durch die vordere Incisionsöffnung zu kommen. Dies misslang. Schliesslich war man im Stande, eine Uterussonde von Hinten bis in die Nähe der letzteren zu führen. Da dieselbe auf das lig. Poup. stiess, wurde in der Richtung des Bandes auf den Sondenknopf eingeschnitten, dann ein langes Drainrohr an den Knopf gebunden und beim Zurückziehen der Sonde durch die ganze Beckenhöhle geleitet. Die Listerverbände wurden aufgegeben. Täglich wurden Eiterhöhle und Drain mit angewärmtem Salicylwasser ausgespritzt, die vordere Oeffnung mit einer Compresse bedeckt. Patient blieb immer fieberfrei. Der Eiter entleerte sich in reichlicher Menge

und fortdauernd gut aus der Trepanationsöffnung, und zeitweise liess die Eiterung etwas nach. Nur der Decubitus nahm trotz der sorgfältigsten Behandlung stetig zu.

Seit Anfang September bekam der Patient starke Durchfälle, und er begann im Allgemeinen etwas zu verfallen. Doch floss der Eiter hinten immer gut ab und blieb auch aseptisch. Am 25. September starb der Kranke marastisch; erst 4 Tage vor dem Tode begann der Eiter jauchig zu werden.

Die Sektion ergab Caries des 9. 10. 11. Rückenwirbels, Vereiterung des linken Hüftgelenkes, Lungentuberkulose. Auf dem Kreuzbein befanden sich mehrere Decubitusgeschwüre, von denen das grösste 12 cm. lang, 6 cm. breit ist und bis auf den Knochen geht, desgleichen kleinere vor den Dornfortsätzen der Rübenwirbel, dem linken Trochanter und auf beiden Spinae ant. sup. oss. ilei.

Nach der Oeffnung der Bauchhöhle war zu constatiren, dass das Drainrohr extraperitoneal lag. Von der vorderen Fistel gelangte man in einen Kanal, welcher in den M. iliacus ging; von diesem Kanal führte 1 cm. nach aussen von der Synchondr. sacra-iliaca in der Mitte der Höhe der Darmbeinschaufel ein zweiter Kanal durch das Darmbein, in welchem der Drain nach aussen ging. M. iliacus war ödematös, aber nicht infiltrirt, der Knochen war um die Oeffnung herum ohne Veränderung. Der erste Kanal setzte sich dicht an der linken Seite der Wirbelkörper bis in die Höhe des 9. Rückenwirbels fort, von hier führten mehrere kleine Gänge an die Seitenfläche des 9. 10. und 11. Rückenwirbels. An der rechten Seite befand sich ein

etwas engerer Gang, der nach unten in die Scheide des M. Psoas verlief und unter dem oberen Rande der rechten Darmbeinschaufel blind endigte. Die 3 genannten Wirbelkörper waren mehr oder weniger weich und brüchig anzufühlen, von käsigen Massen in ihrem Innern erfüllt, und die Spongiosa war um die betreffenden Stellen herum rareficirt. Weder in den Beckenmuskeln noch in den Fistelgängen fand man eine Anhäufung von Eiter.

Von der Oeffnung in der Inguinalgegend gelangte man in einen abwärts in die Muskulatur des Oberschenkels führenden Fistelgang, welcher sich nach aussen bis in die Kapsel des linken Hüftgelenkes fortsetzte. Das linke Hüftgelenk war mit jauchigen Eiter angefüllt, ferner waren die Knochentheile des Beckens hierselbst cariös.

Das Interesse dieses Falles concentrirte sich auf die im Darmbein angelegte Gegenöffnung zum freien Abfluss des Eiters. Da die Operation ohne grosse Schwierigkeiten auszuführen und die Reaktion auf den Organismus eine sehr geringe war, so war die Indikation zur Trepanation unbedingt vorhanden. Der Erfolg war ausserordentlich günstig, wie schon der Umstand beweist, dass nach dem letzten Meisselschlage sofort ohne weitere bohrende Sondirungen Eiter abfloss.

Durch die Sektion wurde bestätigt, dass nirgends im Becken sich Anhäufungen von Eiter fanden, dass die vor der Operation bestehende colossale Eiterhöhle zu engen Fistelgängen zusammengeschrumpft war.

Nur dem anhaltend freien Abfluss des Eiters sowie seiner aseptischen Beschaffenheit war es zu verdanken,

dass das Leben des Kranken Monate lang hingehalten werden konnte; eine weitere Wirkung konnte in diesem Falle natürlich von der Trepanation nicht erwartet werden.

Ein diesem eben erwähnten ganz ähnlicher Fall gelangte vor kurzer Zeit auf der hiesigen chirurgischen Klinik zur Operation, und durch die Güte des Herrn Prof. Rinne ist es mir gestattet, denselben näher zu beschreiben.

Die 19 Jahre alte Patientin W. aus Intersee bei Ueckermünde behauptet, bis zu ihrem 12. Lebensjahre stets vollständig gesund gewesen zu sein. An Hautausschlägen oder sonstigen Symptomen, die etwa auf Scrophulose schliessen lassen könnten, will sie nicht gelitten haben; auf irgend welche überstandene Kinderkrankheiten weiss sie sich nicht zu besinnen. Sie will überhaupt stets frisch und wohl ausgesehen haben. Die Erblichkeit irgend eines Leidens scheint ausgeschlossen zu sein.

In ihrem 12. Lebensjahre wurde sie von einer grossen Schmerzhaftigkeit in der linken Hüfte befallen, die ihr jede Bewegung unmöglich machte. Sie suchte deshalb Hülfe in der Kinderheilanstalt in Stettin, wurde aber nach 11 Tagen als ungeheilt zurückgeschickt. Am 16. März 1880 wurde sie in die hiesige chirurgische Klinik wegen eines Abscesses auf der linken Darmbeinschaufel aufgenommen. Aus dem Hauptkrankenbuch ist zu ersehen, dass damals von Herrn Prof. Hüter die Durchmeisselung des Darmbeins mit nachfolgender Drainage unternommen wurde. Nach 8 Wochen wurde sie als geheilt entlassen.

Sie konnte die folgenden Jahre, ohne grosse Beschwerde

zu haben, vollständig ihren Beschäftigungen nachgehen. Im Anfang August d. J. zeigte sich auf der vorderen äusseren Seite unterhalb des Poupartschen Bandes Röthung und Schwellung, und ein Arzt machte etwa 3 Finger unterhalb des Bandes eine Incision, aus welcher sich eine reichliche Menge Eiter entleerte. Da innerhalb zehn Wochen keine merkliche Besserung eintrat, nahm die P. die Hülfe der hiesigen Klinik in Anspruch.

Status präsens vom 15. 10. 85.

Die Patientin ist eine mittelgrosse, sehr gut genährte Person mit kräftiger Muskulatur, vorzüglichem Fettpolster, und mit gesunder, blühender Hautfarbe. Sie geht hinkend, das linke Bein in leichter Flexion und Innenrotation haltend, und tritt mit der Fussspitze auf; das Gehen bereitet ihr augenscheinlich sehr heftige Schmerzen. Eine genaue Untersuchung der inneren Organe ergiebt zunächst durchaus normale Verhältnisse an Lunge und Herz. Die Untersuchung des Urines erweist keine abnorme Bestandtheile, im besonderen kein Eiweiss.

An der Wirbelsäule ist nichts Krankhaftes zu entdecken. Das linke Bein ist etwas weniger gut genährt als das rechte; der Umfang ist überall etwas geringer, die Muskulatur etwas schlaffer, wahrscheinlich in Folge des geringen Gebrauches.

In der horizontalen Lage ergiebt sich eine Contrakturstellung des linken Hüftgelenkes, der Oberschenkel steht, wie oben erwähnt, in Flexion (etwa 45^0) und Innenrotation. Bei Versuchen, das Bein zu strecken, bildet sich eine compensatorische Lordose der Lendenwirbelsäule.

Von der erwähnten Flexionsstellung aus kann da das Hüftgelenk aktiv in normaler Weite flectirt wird, desgleichen ohne Schmerzen einwärts rotirt werden. Die Aussenrotation dagegen ist ebenso wie die Streckung aktiv nicht möglich. Bei passiven Manipulationen dagegen lassen sich diese Bewegungen durchaus glatt und ohne Hinderniss ausführen.

Auf der Aussenseite des linken Darmbeins, etwa drei Finger breit oberhalb der Spitze des Trochanter maior und eben so weit auswärts vom Darmbeinkamm befindet sich eine von vorn nach hinten verlaufende 1 cm breite und 5 cm lange ausgezogene Narbe, welche anscheinend in der Tiefe adhärent ist. Ungefähr 4 cm grade abwärts von der Spina auterior superior befindet sich eine kleine längsgerichtete $1^1/_2$ cm lange Wunde am Oberschenkel, umgeben von einem wuchernden Granulationsrande, dünnflüssigen Eiter in mässiger Menge secernirend.

Bei der Palpation des linken Hypogastrium fühlt man beim Eindringen der Hand in das Becken, dass die linke Fossa iliaca interna erheblich stärker ausgefüllt ist als die rechte. Diese Geschwulst fühlt sich derb an, Druck ist schmerzhaft, und quillt bei diesem etwas Eiter aus der beschriebenen Wunde am Oberschenkel hervor.

Die Sondenuntersuchung ergiebt, dass die Sonde von der Wunde aus sehr weit nach aufwärts dringt unter dem Ligamentum Poupartii hindurch in die Fassa iliaca interna hinein. Und fühlt man hier mit der Sondenspitze ganz deutlich, dass dieselbe sich in einer grösseren Höhle

befindet und bei entsprechenden Drehungen auf entblössten Knochen stösst.

Eine weitere genaue Untersuchung in der Narkose ergiebt im wesentlichen dasselbe Resultat, mit dem Unterschiede allerdings, dass sich die beschriebene Contraktur im Hüftgelenk mit Leichtigkeit vollkommen beseitigen lässt. Ueberhaupt ergiebt die Prüfung des Hüftgelenkes unzweifelhaft ein Intaktsein desselben, da sowohl bei den ausgiebigen Excursionen die Bewegungen glatt und ohne jede Reibung auszuführen sind, als auch die Umgebung desselben ganz normale Conturen im Vergleich zur gesunden Seite aufweist.

Aus diesem Befunde geht zunächst hervor, dass das linke Hüftgelenk intakt ist, und dass seine abnorme Stellung lediglich secundärer symptomatischer Natur ist. Die Anamnese, sowie der augenblickliche Befund deuten vielmehr darauf hin, dass es sich um eine Affektion handelt, welche in der linken Darmbeinschaufel localisirt ist, und dass dieselbe bei dem chronischen Verlauf wahrscheinlich einen ossalen Ursprung hat. Die Untersuchung von aus dem Fistelgange ausgeschabten Granulationsmaterial auf Tuberkelbacillen ergab ein negatives Resultat, wie schon von vorn herein aus der Beschaffenheit der Granulationen geschlossen wurde.

Da indess diese nicht ausreichend durchgeführte Untersuchung den Schluss nicht zulässt, dass Tuberculose mit Sicherheit auszuschliessen sei, so kann es sich nur um die beiden Möglichkeiten handeln, dass wir hier entweder eine tuberculöse Caries oder eine chronische Ostitis im Anschluss

an eine vielleicht früher überstandene Osteomyelitis vor uns haben. Wie nekrotisch fühlt sich allerdings mit der Sonde die Knochenoberfläche nicht an, soweit dies ohne brüske Manipulationen nachzuweisen ist!

Da jedenfalls die Abscesshöhle in der Darmbeinschaufel bei der Rückenlage der Patientiu einen ungünstigen Abschluss durch die Fistel hat, so ist es jedenfalls angezeigt, dieselbe in zweckmässigerer und ausgiebigerer Weise zu drainiren. Zu diesem Behufe wird die Anlegung einer Drainageöffnung durch die Darmbeinschaufel nach aussen und hinten zu vorgeschlagen, und von der Patientin acceptirt.

Es wird am 15. 10. 85 diese Operation vorgenommen. Nach sorgfältiger Desinfektion des Operationsterrains wird ein Schnitt in der Richtung der alten oben beschriebenen Narbe bis auf den Knochen gemacht. Dieser Schnitt trifft überall derbe, schwielige Bindegewebsmassen. Mit dem Elevatorium werden die Wundränder vom Knochen abgehebelt, was mit Leichtigkeit auszuführen ist. Die Weichtheile sind mit dem stark verdickten Periost an der Knochenoberfläche fest angeheftet und reissen bei ihrer Ablösung oberflächliche Theile spongiöser Knochensubstanz mit ab. Von einer eigentlichen Knochennarbe ist jedoch nichts zu sehen. Es wird nun mit dem Hohlmeissel ein Markstück grosses Loch durch das Darmbein hindurchgemeisselt, indem die durch die Fistel eingeführte Sonde die Richtung abgab. Die Knochensubstanz ist ziemlich blutreich. Nach Durchmeisselung des Knochens quillt eine Menge Granulationsgewebe untermischt mit wenigem

Eiter aus der Oeffnung hervor. Mit dem eingeführten Finger gelangt man in eine grosse durchweg mit Granulationsgewebe ausgefüllte Höhle, welche die ganze Innenfläche des Os ilei einnimmt. Man gelangt bis zur Synchondrosis sacroiliaca und ebenso fast bis zum Darmbeinkamm. Die gegenüberliegende Wand dieser Höhle ist durch abgehobenes verdicktes Periost gebildet, jedoch ist diese Wand nachgiebig, wie man bei bimanueller Palpation von den Bauchdecken her einerseits und durch die Trepanationsöffnung andrerseits constatiren kann. Die Innenfläche des Darmbeins fühlt sich uneben und weich an, wie wenn Granulationen darauf gelagert wären. Nirgends aber kann man eine nekrotische Partie entdecken. Es werden nun mit dem scharfen Löffel an dem inneren und äusseren Rande der Trepanationswunde die scharfen Ränder abgekratzt und dann das Granulationsmaterial aus der Höhle herausgeholt. Nachdem dann die Höhle noch sehr energisch mit Carbollösung ausgespült ist, wird ein daumdickes Drainrohr von der Trepanationsöffnung aus durch den Fistelgang nach dem Oberschenkel hindurchgeführt; zu diesem Zweck wird der Gang gleichfalls vorher mit dem Messer erweitert und mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Ein zweites Drainagerohr wird von der Trepanationsöffnung aus nach hinten und oben bis zur Grenze der Höhle vorgeschoben. Dann wird noch einmal eine sorgfältige Ausspülung und Reinigung vorgenommen und ein Listerscher Compressivverband angelegt.

Die Temperatur erhöhte sich im Laufe des Tages nicht; gegen Abend bekam die Patientin starkes Erbrechen.

Status praesens vom 16. X. 85.

Pat. hat die Nacht über sehr unruhig geschlafen und klagt über Schmerzen an der operirten Stelle. Temperatur etwas erhöht.

Status praesens vom 17. X. 85.

Kein Fieber. Schmerzen fehlen, und hat Pat. auch über Nacht gut geschlafen. Der Verband war etwas durchdrungen von Sekret.

Da die Wunde stark secernirt hatte, sodass der Verband durchdrungen war, wurde am 20. 10. ein Wechsel vorgenommen, und dabei constatirt, dass die Drains gut leiten. Fieber fehlt, und macht die P. einen guten Eindruck. Am 29. 10. wurden beim Verbandswechsel die Drains herausgenommen, und von beiden Oeffnungen aus werden kürzere eingelegt, die Wunde hat ein gutes Aussehen, und zeigt gesunde Granulationen. Listerverband.

Während in der ersten Zeit der Verbandswechsel alle 3—4 Tage stattfand, bleiben die Verbände jetzt längere Zeit liegen.

Status praesens vom 23. 11. 85.

P. klagt über starke Schmerzen im Halse. Die Inspection ergiebt eine mässige Angina follicularis, und erhält die Patientin Priessnitz'sche Umschläge und Gurgelwasser von Kali chloricum.

Status praesens vom 5. 12. 85.

Die Wunde hat ein gutes Aussehen und schreitet die Granulationsbildung rüstig fort; der Fistelgang hat sich bedeutend verengert. Sekret kommt nicht mehr aus der

Wunde heraus. In der Umgebung der Wunde zeigt sich ein geringes Eczem. Die Drains werden fortgelassen. Die Wundränder werden mit dem Höllensteinstifte ein wenig geätzt, dann ein neuer Listerverband angelegt.

Status praesens vom 14. 12. 85.

Die Wunde sieht sehr gut aus und hat sich bedeutend verengt; die Ränder werden wieder mit dem Höllensteinstifte geätzt.

Status praesens vom 17. 12. 85.

Die Wunde hat sich in der Tiefe geschlossen und mit Narbengewebe ausgefüllt; die junge Narbe ist am Darmbein adhärent. Die Ränder der Narbe sind wenig blauroth verfärbt. Die Incisionsöffnung unterhalb des Poupartschen Bandes ist vollständig verheilt und vernarbt. Die P. erhält vor ihrer Entlassung noch einen neuen Listerverband. Bei den Gehbewegungen schleppt die P. etwas mit dem linken Bein nach, doch hat sie keine Schmerzen und Beschwerden dabei. Das Aussehen der P. ist frisch und roth, und sind ihre Klagen vollständig verstummt.

Status präsens vom 18. 12. 85.

P. wird entlassen.

Epikritische Bemerkungen.

Abgesehen von der Operation liegt ein grosses Interesse in der Aetiologie dieses Falles.

Eine vorgenommene genaue Untersuchung der aus dem Abscess herausgeschabten Granulationsmassen gab

keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Da hiermit auch die constitutionelle Verfassung des Mädchens übereinstimmt, so dürfte diese Aetiologie auszuschliessen sein.

Es käme dann nur noch die chronische Ostitis des Darmbeines in Frage, welche sich wahrscheinlich (sicher lässt sich dies nicht mehr feststellen) im Anschluss an eine akute Osteomyelitis oder Periostitis infectiosa dieses Knochens entwickelt hat. Solche Fälle von akuter Osteomyelitis spongiöser Knochen, im besonderen des Darmbeins und des Schulterblatts sind in den letzten Jahren mehrfach beobachtet worden, während man früher dieselben nicht kannte und vielmehr annahm, dass diese Krankheit sich lediglich anf die langen Röhrenknochen beschränkte. Merkwürdig bleibt dabei das Fehlen jeder Nekrose in diesem Falle.

Indessen ist zu berücksichtigen, dass früher bei der Patientin schon einmal „eine Operation“ gemacht worden ist, und dass es unbekannt ist, welcher Art dieselbe gewesen ist, da das klinische Krankenjournal leider nicht aufzufinden ist.

Vielleicht ist aber damals ein Sequester entfernt worden, vielleicht haben sich auch kleine Splitterchen unbemerkt durch die Fistel entleert! Wäre dies der Fall, so würde das vorliegende Krankheitsbild durchaus verständlich sein, denn wir haben es hier mit einer parossal gelegenen, mit Granulationsgewebe ausgefüllten Höhle zu thun, für die nicht selten auch Analogieen an den langen Röhrenknochen gefunden worden. Auch dort treffen wir nicht selten in der Markhöhle oder unter dem Periost

solche lediglich mit Granulationsgewebe und wenig Eiter ausgefüllten Höhlen, welche alle Requisiten einer Todtenlade darbieten mit Ausnahme des Sequesters, bei denen man annehmen muss, dass entweder von vorn herein der Krankheitsprozess mehr den Charakter der Erweichung, der Rarefektion, als den einer Nekrosenbildung hatte, oder aber dass vielleicht anfangs vorhandene kleine Nekrosen allmählig resorbirt verschwunden sind.

Das Hauptinteresse des vorliegenden Falles liegt aber in der Art der Therapie, in der Anlegung eines zweiten Zuganges zu dieser Höhle durch das Darmbein, wodurch es ermöglicht wurde, den Inhalt der Höhle gründlich zu entleeren und so ausgiebig zu drainiren, dass kein Sekretstagnation vorkommen konnte. Auf diese Weise wurde das Leiden in relativ kurzer Zeit (9 Wochen) zur Heilung gebracht. Die Operation selbst hat, wie dieser Fall zeigt, weder technische Schwierigkeiten noch irgend welche Gefahren.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Rinne sowohl für die liebenswürdige Ueberweisung des Themas, als auch für die sehr wesentliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben auch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Billroth, allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.

König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie.

Hüter und Lücke, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band XIII.

Eulenburg, Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. Band I u. XIII.

Lebenslauf.

Oscar Tolks, geboren am 27. September 1859 zu Frideck in Oestreich-Schlesien, evangelischer Confession, Sohn des Rentiers *Heinrich Tolks* und seiner Ehefrau *Emilie* geb. Wehage, erhielt seine erste Schulbildung auf der Bürgerschule zu Pasewalk und der französischen Schule zu Stettin. Dann besuchte er das Marienstiftsgymnasium zu Stettin und das Königliche und Gröning'sche Gymnasium zu Stargard in Pommern, welches er Ostern 1880 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Er bezog nun die Universität Freiburg i. B., um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Michaelis 1880 siedelte er nach Breslau über, in welcher Universität er sich vier Semestes aufhielt. Von Michaelis 1882—1884 war er in Greifswald immatrikulirt. Hier bestand er am 8. August 1883 das Tentamen physicum. Die ärztliche Staatsprüfung beendete er am 22. Mai 1885 und das Examen rigorosum bestand er am 18. December.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Freiburg i. B.:

Prof. Dr. *Warburg*. Prof. Dr. *Wiedersheim*. Prof. Dr. *Windelband*. Prof. Dr. *Ziegler*.

In Breslau:

Prof. Dr. *F. Cohn*. Prof. Dr. *Dorn*. Prof. Dr. *Gscheidlen* Geh. Rath Prof. Dr. *Häser*. Prof. Dr. *Hasse*. Geh. Rath Prof. Dr. *Heidenhain*. Dr. *Joseph*. Geh. Rath Prof. Dr. *Löwig*. Prof. Dr. *Meyer*.

In Greifswald:

Prof. Dr. *Arndt*. Dr. *Beumer*. Prof. Dr. *Grohé*. Prof. Dr. *Häckermann*. Prof. Dr. *Krabler*. Prof. Dr. *Limpricht*. Dr. *Löbker*. Geh. Rath Prof. Dr. *Mosler*. Geh. Rath Prof. Dr. *Pernice*. Prof. Dr. *von Preuschen*. Prof. Dr. *Rinne*. Prof. Dr. *Schirmer*. Prof. Dr. *Schulz*. Prof. Dr. *Sommer*. Dr. *Strübing*. Prof. Dr. *Vogt*.

Allen diesen hochverehrten Herren spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei chronischen Beckenabscessen, namentlich solchen, die von den Beckenknochen ausgehen, ist in vielen Fällen die Drainage mittelst Trepanation des Darmbeins die rationellste Behandlung.

II.

Hammer und Meissel sind entschieden die besten Trepanationsinstrumente.

III.

Bei Blasencatarrhen verdient die lokale Behandlung mehr Beachtung als die Darreichung innerer Mittel.